

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

30
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DEPARPE

Né à Villers-Cotterets (Aisne), le 24 janvier 1884

L'OPÉRATION PRÉCOCE

DANS

L'APPENDICITE

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DEPARPE

Né à Villers-Cotterets (Aisne), le 24 janvier 1884

L'OPERATION PRÉCOCE

DANS

L'APPENDICITE



Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	GULLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (A.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECENE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de profonde
affection et de vive reconnais-
sance.*

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU DE REIMS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET
DES HOPITAUX DE PARIS

30

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

L'OPÉRATION PRÉCOCE DANS L'APPENDICITE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

« Peu de questions ont été plus étudiées, plus passionnément discutées que le traitement chirurgical de la crise aiguë d'appendicite. La difficulté du diagnostic précis au début de l'attaque, l'obscurité du pronostic, l'urgence de l'intervention dans certains cas, la crainte d'aggraver les accidents par une intervention inopportune ont fait de l'indication opératoire « à chaud » un des problèmes les plus poignants de la chirurgie d'urgence (1). »

Aussi, après tout ce qui a été dit sur ce sujet, nous avons seulement la modeste ambition de résu-

1. Walther, *Journal de Médecine interne*, 30 septembre 1909, *loc. cit.*

mer et discuter les principaux débats, et, en rappelant les statistiques qui nous semblent le plus impartiales, en interprétant les résultats obtenus par les plus éminents chirurgiens français et étrangers, de donner les raisons de notre conviction profonde :

A condition d'être diagnostiquée dès le début, une crise appendiculaire est toujours à ce moment justifiable de l'intervention chirurgicale.

Par début, nous entendrons les quarante-huit, les trente-six et même les vingt-quatre premières heures de la crise.

Nous chercherons tout d'abord à montrer que ce diagnostic peut se faire dans la grande majorité des cas ; puis, passant en revue les différents modes de traitement jusqu'ici préconisés, nous essaierons de mettre en relief les avantages et les conditions d'une opération précoce.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE DU DÉBUT ET DIAGNOSTIC

Nous nous attacherons plus loin à démontrer que l'opération d'appendicite, faite dans les conditions sus-indiquées, devient une des plus bénignes de toute la chirurgie d'urgence. Mais n'y a-t-il pas à craindre alors de faire, suivant l'expression de Lenhartz, des opérations « à l'américaine », basées à la légère sur des diagnostics « à vue » ? N'y a-t-il pas à craindre, avec cet adversaire de la méthode, que le diagnostic soit presque impossible dans les premières heures, et a-t-on le droit de s'armer aussi vite du bistouri ?

Il y a en effet là matière à scrupules, et l'objection est grave : mais est-elle sérieuse ? Nous ne le pensons pas, et nous allons chercher à prouver qu'un examen consciencieux, méthodique et réfléchi permet presque toujours d'affirmer la réalité d'un début d'appendicite.

Une appendicite peut entrer en scène de deux façons :

Avec fracas, revêtant d'emblée son caractère tout spécial de gravité ;

Sournoisement, avec une bénignité apparente et trompeuse, souvent suivie des pires catastrophes.

Dans les deux cas, un signe pathognomonique attirera tout de suite l'attention du clinicien : la présence d'une douleur plus ou moins vive, mais constante, prédominante dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney (milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure).

Dans la forme bruyante, ces douleurs prennent très vite une remarquable intensité et sont encore exagérées par la moindre pression sur l'abdomen : la palpation du ventre, même légère, torture le malade, qui pousse des cris déchirants quand la main exploratrice arrive au point de Mac Burney. A ce niveau, la paroi abdominale est résistante, dure, ligneuse ; l'hyperesthésie cutanée est très accentuée.

D'ailleurs, en même temps qu'apparaissaient les premières douleurs, la température s'est immédiatement élevée à 40 degrés ; le pouls bat à 135. Le facies du malade est mauvais, grippé, le nez pincé, les yeux cernés.

La constipation est absolue, et l'on voit rapidement survenir des vomissements, quelquefois verdâtres. Si c'est un enfant qui est atteint, il reste sur le dos, sans bouger, le corps penché en avant, les cuisses fléchies, relâchant ainsi d'instinct sa paroi abdomi-

nale pour qu'elle ne comprime pas l'appendice sous-jacent. La langue est large, étalée, saburrale, rarement sèche et rôtie comme dans la fièvre typhoïde.

Cette forme, cette localisation d'emblée de la douleur au point de Mac Burney, la triade douloureuse de Dieulafoy, l'ensemble si net de tout ce tableau ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit du clinicien.

En sera-t-il de même dans le cas d'une crise appendiculaire à début sournois ?

Nous ne saurions mieux faire que de citer tout de suite une observation caractéristique de M. le professeur Dieulafoy (1) :

OBSERVATION I

Le 8 avril 1898, c'était un vendredi, je fus appelé dans une famille dont je suis depuis de longues années le médecin. Un jeune homme de vingt-cinq ans, dans le courant d'une excellente santé, avait été pris, la nuit précédente, de douleurs abdominales qu'il croyait être de simples coliques. Il s'administra un purgatif et, n'ayant point de fièvre, il sortit dans la journée de vendredi, mais se sentant mal à l'aise et les douleurs abdominales persistant, il rentra se coucher. Quand je vis ce jeune homme le vendredi soir à neuf heures, je le trouvai sans fièvre, la température était

1. Dieulafoy, *Presse médicale*, 1^{er} mars 1899 (*A propos du Diagnostic et du Traitement de l'Appendicite*).

à 37°2 et le pouls à 78. Le ventre était partout souple et indolore, excepté à la région appendiculaire, où je constatai une douleur assez vive avec légère défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Sans être mauvais, le facies laissait à désirer. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une appendicite d'apparence bénigne, sans réaction fébrile. Le lendemain, samedi, la situation était sensiblement la même, pas de fièvre, pas de vomissements : mais la triade symptomatique, douleur, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, était toujours localisée à la région appendiculaire. Je vis cinq fois ce jeune homme dans la journée du samedi, et malgré mon ardente conviction à faire opérer tout individu atteint d'appendicite, même d'apparence légère, je sentais que je serais obligé de me violenter quelque peu pour en arriver à prendre une décision.

Le lendemain matin dimanche, 18 avril, troisième jour de la maladie, aucun symptôme nouveau ne s'était déclaré ; il n'y avait ni fièvre, ni vomissements ; le pouls n'était pas à 80, mais la nuit avait été pénible et les douleurs appendiculaires avaient été plus aiguës. Ma décision fut aussitôt prise et j'eus la mission difficile d'annoncer à la famille qu'il fallait le jour même recourir à l'opération, mission d'autant plus pénible que ce jeune garçon, aux yeux de son entourage, ne présentait pas l'ombre de danger. La famille accepta le verdict et se soumit sans mot dire. Je priai M. Hartmann de venir voir le malade et de se charger de l'opération.

L'opération fut pratiquée le jour même, à 4 heures, et nous eûmes la preuve une fois de plus qu'en fait d'appen-

dicite il faut opérer sans perdre un temps précieux, car, malgré l'apparente bénignité de la maladie, l'appendice était déjà gangrené et la péritonite était déclarée. Ce jeune homme guérit. Que fût-il arrivé, je vous le demande, si, perdant mon temps à appliquer le traitement dit médical, je me fusse contenté de quelques grains d'opium ou de quelques centigrammes de belladone, alors que le foyer toxi-infectieux appendiculaire préparait ses coups mortels ?

Les douleurs sont peu intenses, peu gênantes pour le malade ; il n'a pas été à la selle, et accuse le froid ou la constipation. Peu ou pas de fièvre, 38 degrés au plus.

Généralement le malade croit que « ce ne sera rien », et souvent s'administre un purgatif. Mais, comme cet état dure plus que de simples coliques, il va consulter son médecin. Celui-ci palpe le ventre : il est souple, douloureux un peu partout, mais pourtant la douleur est un peu plus accentuée au point de Mac Burney. Un examen prolongé et attentif révèle dans cette même région une légère contraction des muscles abdominaux et un certain degré d'hyperesthésie cutanée. C'est la triade douloureuse, atténuée il est vrai, mais indiscutable, imposant le diagnostic.

Souvent même, le début est encore plus insidieux, surtout quand il s'agit d'une première crise d'appendicite. Dans ces cas, elle est précédée d'une période

prodromique qui correspond à l'évolution intra-appendiculaire des lésions, au début de l'infection aiguë. « C'est une série de malaises à manifestations gastro-intestinales, inappétence, constipation ou diarrhée, douleurs vagues, quelquefois état nauséux, ballonnement douloureux de l'estomac après les repas, surtout fatigue considérable, dépression, inaptitude au travail ; chez les enfants on observe souvent le phénomène si caractéristique du pincement ombilical, subit, passager, durant deux ou trois secondes, avec un état de malaise, une pâleur particulière qui disparaissent aussitôt ; cela se répète à intervalles assez rapprochés quand est imminente la crise aiguë (1). »

Cette période de signes déjà appréciables peut être courte, de douze à vingt-quatre heures ; souvent, elle dure deux ou plusieurs jours. C'est à ce moment qu'il faut faire le diagnostic : à condition de bien connaître ces phénomènes, n'est-il pas alors possible, aussi facile même, oserons-nous dire, qu'au début de la crise dans le désordre et le trouble des symptômes aigus ?

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AU DÉBUT

Mais, dans tous ces cas, malgré la netteté des symptômes, n'est-il pas de bonne clinique de par-

1. Walther, *Journal de Médecine int.*, 30 septembre 1909 (*Le Traitement opérat. précoce de l'Appendicite*).

faire notre conviction par un diagnostic différentiel complet ?

Par contre, ne sommes-nous pas quelquefois conduits, en présence de phénomènes abdominaux, à méconnaître une appendicite positive au profit des organes voisins ?

En première ligne, la question qui se pose le plus souvent est celle-ci : y a-t-il appendicite, y a-t-il entéro-colite ou typhlo-colite ?

La question est quelquefois assez délicate à trancher, car le maximum des lésions du gros intestin ou du grêle peut précisément se rencontrer à leur point d'union, c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite et simuler une appendicite au début. Or, comparons les deux modes de début de cette affection à une « attaque » d'entéro-typhlo-colite.

Presque toujours, pour ne pas dire toujours, l'appendicite survient chez un individu jouissant jusque-là d'une excellente santé. Il n'en est pas de même dans l'attaque d'entéro-colite : le sujet a généralement tout un passé intestinal : constipation habituelle, avec des débâcles de diarrhée muqueuse, accompagnées de glaires et de membranes ; douleurs assez violentes dans la fosse iliaque droite, sans aucune localisation nette au point de Mac Burney, mais irradiées au contraire, et plus intenses suivant le trajet du côlon ascendant, du côlon transverse et du côlon descendant.

Enfin, pas de défense musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée.

L'appendice n'est pas toujours logé dans la fosse iliaque droite et peut remonter derrière le cæcum et le côlon, vers le foie : si cet appendice s'infecte, affirmerons-nous colique hépatique ? D'autre part, une vésicule biliaire abaissée peut être prise au premier abord pour un appendice. Mais, s'il s'agit d'appendicite, nous constaterons avant tout de l'hyperesthésie cutanée et de la défense musculaire, symptômes capitaux qui feront défaut dans le second cas : certes, il y aura alors un maximum de douleur au voisinage du point de Mac Burney, mais nous éliminerons l'appendicite grâce aux douleurs irradiées au creux épigastrique, à l'épaule droite, à l'extrémité inférieure de l'omoplate droite ; douleurs très intenses qui ont des accalmies plus ou moins répétées, après avoir atteint d'emblée leur intensité complète.

Confondrons-nous la colique néphrétique et l'appendicite ? Rien ne se ressemble moins : dans la colique néphrétique, la douleur éclate du côté des lombes et est unilatérale, puis s'étend au flanc du même côté. Elle s'accompagne de la rétraction du testicule, a des irradiations vers l'aîne, l'urèthre, le gland, le scrotum, chez l'homme, les grandes lèvres, chez la femme, le rectum, la cuisse.

De même que l'appendicite, l'occlusion intestinale

peut débiter de deux façons : brusquement, comme la hernie étranglée, ou lentement, et précédée alors de constipation habituelle, de vomissements alimentaires, puis bilieux, comme dans de nombreuses crises d'appendicite. Le siège de la douleur imposera le diagnostic : on affirmera l'occlusion intestinale si elle est localisée en un point de l'abdomen différent du point de Mac Burney, avec irradiations multiples.

« Dans la colique de plomb, c'est surtout la région péri-ombilicale qui est douloureuse... Ce qui fait porter sans hésitation le diagnostic de colique de plomb dans les états douloureux de l'abdomen, c'est la profession des malades, la connaissance d'attaques antérieures, l'anémie spéciale des intoxiqués chroniques, la présence au niveau des gencives du liséré de Burton, et, à la face interne des joues, des plaques tatouées de Gubler... (1) »

M. le Dr Guinard a signalé dans son article : « Appendicite » du *Traité de Chirurgie* 2 cas d'appendicite avec hernie droite concomitante. Ce diagnostic présente quelquefois des difficultés. Cependant, on ne se trompera pas si l'on recherche le point de Mac Burney, et surtout si la hernie est molle et reste indolente à la pression : dans ce cas, on ira droit à l'appendice.

1. Laporte, *Appendicite et Colique de Plomb*. Thèse de Paris, 1899.

Chez *la femme*, par suite du voisinage de l'ovaire droit, on aura très souvent à poser un diagnostic différentiel précis.

« Dans les cas aigus, dit M. le Dr Segond, la *localisation droite* d'une oophoro-salpingite avec *intégrité évidente des annexes gauches*, doit toujours faire plutôt penser à *l'appendicite* qu'à *l'oophoro salpingite*. Le fait se vérifie surtout chez les jeunes filles, et chez elles, en vérité, quand l'intégrité des annexes gauches est indiscutable, quand il n'y a sous roche ni blennorrhagie, ni tuberculose, on est presque en droit d'affirmer l'origine appendiculaire de la salpingite.

» En présence d'une malade atteinte de périmétrite bilatérale aiguë, le seul fait que la douleur prédomine à droite doit faire songer à l'appendicite. Quand la crise aiguë est passée, le fait que la malade se met à souffrir à droite alors qu'elle souffrait à gauche auparavant, est presque une preuve que l'appendice se met de la partie (1). »

En résumé, nous voyons que l'appendice se révèle toujours par des signes tout spéciaux, qu'on ne pourra presque jamais confondre avec les manifestations toutes dissemblables des diverses affections que nous venons d'examiner rapidement.

1. Segond, *Journal de Médecine interne*, p. 245.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

Nous voici donc en présence d'une crise d'appendicite qui a débuté il y quelques heures ; le malade n'a aucun antécédent de ce côté, mais l'examen méthodique que nous venons de faire ne nous permet pas de douter un seul instant, ou tout au moins nous donne de telles présomptions qu'elles équivalent à la certitude. Or l'état du malade est grave, et nous avons vu que rien ne nous permet d'établir un pronostic quelconque sur le plus ou moins de gravité des symptômes initiaux.

Quels sont les moyens thérapeutiques à notre disposition ? Cinq :

- 1° Traitement médical ;
- 2° Expectation armée ;
- 3° Opération à froid ;
- 4° Opération à chaud avec diagnostic évident ;
- 5° Opération dès les premières heures, même en présence d'un diagnostic hésitant.

1° *Traitement médical*

En quoi consiste-t-il ?

Diète hydrique alcaline absolue ;

Repos complet et cataplasmes, glace ;

Sangsues et saignée ;

Purgatifs et laxatifs ; morphine et opiacés.

Tout d'abord nous remarquons quelque incohérence dans l'ensemble de ces moyens et, si les cataplasmes sont maintenant abandonnés pour la glace ; comment expliquer l'emploi parallèle des purgatifs et de l'opium, ou sur quoi nous appuyer pour choisir l'un ou l'autre ?

On a dit (1) qu'il fallait employer la morphine « contre la douleur et contre les vomissements qu'elle arrête fort efficacement ».

Traitement de surface, destiné à faire plaisir au malade, non à le guérir. « Que peut faire à l'appendicite, je vous le demande, qu'on administre ou non quelques grammes de magnésie, quelques grains d'opium ou quelques centigrammes de belladone ? Il y a un canal appendiculaire qui vient d'être hermétiquement fermé : il y a là une petite cavité close absolument isolée de l'intestin et dans laquelle se fait à

1. Larger, Congrès de Chirurgie. Paris, 16 au 21 octobre 1899.

couvert la terrible toxi-infection que vous savez (1). »

Pis encore : l'opium offre l'énorme danger de dissimuler les progrès du mal sous une apparente bénignité et nous savons que l'évolution d'une appendicite peut prendre des allures suffisamment trompeuses pour que nous n'allions pas à plaisir y jeter un plus grand trouble. Nous savons que des bacilles qui ont séjourné longtemps dans une cavité close exaltent souvent leur virulence, au point d'amener de terribles complications : appendicite suppurée, appendicite gangreneuse, péritonite partielle, péritonite généralisée, suppurations à distance.

Autre inconvénient de l'opium : il paralyse et dilate l'intestin, et l'on voit de suite la portée de ce nouvel inconvénient.

Et c'est précisément dans l'intention d'évacuer l'intestin que certains thérapeutes emploient les purgatifs, en particulier l'huile de ricin : sans doute l'intention est logique : mais cette méthode a été cause de perforations appendiculaires par augmentation du péristaltisme intestinal, et il n'en faut pas plus à notre avis pour la condamner.

Comme l'opium, la glace faussera un des éléments capitaux du diagnostic et du pronostic : la douleur.

La diète hydrique alcaline ? Le repos complet ?

1. Dieulafoy, *A propos du Diagnostic et du Traitement de l'Appendicite* (*Presse médicale*, mercredi 1^{er} mars 1899).

Nous ne voyons pas bien comment l'eau de Vichy empêchera les colibacilles très virulents de continuer leur œuvre, et, pour le repos au lit, nous pouvons dire que ce moyen n'est pas exclusivement médical, mais une précaution préliminaire indispensable avant toute intervention.

Quant aux sangsues et à la saignée, elles diminueront sans doute la congestion de l'appendice, et par conséquent la douleur, mais nous ne croyons pas qu'elles enrayent l'infection.

Nous voyons donc, en résumé, que, lorsque le traitement médical n'est pas nuisible, il est au moins inutile ou très insuffisant.

Au surplus, ses partisans se font de moins en moins nombreux, et Lenbartz, le plus autorisé, cite en faveur de sa thèse des statistiques et des observations peu probantes ; d'ailleurs, il conseille l'opération d'urgence dans les cas indiscutables. Or, nous avons déjà vu que c'est là la grande majorité, et pour ceux qui sont moins nets, l'examen des différents modes de traitement nous donnera la meilleure technique à suivre.

2^o *Expectation armée*

Pour MM. Lucas-Championnière et Andrea Ceccherelli (de Parme) (1) il faut individualiser les cas et

1. Congrès international de Médecine. Budapest, 29 août-4 sept. 1909.

n'opérer que là où l'intervention est indiquée. Il est entendu que nous avons affaire à une appendicite, mais les symptômes sont sans gravité, et, pour le temporisateur, rien dans ce cas ne justifie une laparotomie.

Mais a-t-on le droit de dire : « Cette appendicite est bénigne, et nous pouvons attendre ; opérons celle-ci qui se complique » ? L'observation de M. le professeur Dieulafoy, que nous avons rapportée plus haut, nous a montré ce que peuvent être ou devenir les appendicites peu graves en apparence.

Dans cette observation, il était temps de se décider et d'agir. Mais d'autres cas semblables se sont terminés de façon malheureuse.

OBSERVATION II

(Broca. — *Bulletin médical*, 28 fév. 1900.)

Le 24 mai 1898, on m'apporte une fille de quatre ans et demi qui est malade depuis vingt-sept jours ; je n'obtiens aucun renseignement précis sur l'évolution du mal, mais je vois qu'il s'écoule du pus en abondance par l'ombilic, et j'apprends que cela date du matin même. Le 25 mai, je constate sous le chloroforme que le stylet s'engage vers la fosse iliaque droite et je fais l'incision de Roux : un énorme abcès allant de l'ombilic au fond du petit bassin ; je vois et je resèque l'appendice.

La température tombe à 38°8 et y reste pendant trois jours, mais l'enfant succombe épuisée, malgré le sérum, sans péritonite, le 28 mai au soir.

OBSERVATION III

(Broca. — *Bulletin médical*, 28 fév. 1900.)

Une fille de six ans et demi est malade depuis le 20 juillet, ayant commencé à vomir le 21 à la suite d'un purgatif : à partir du 22, on la soumet à un lavement boricué toutes les trois heures ; enfin, on l'apporte à l'hôpital le 23, à 1 heure de l'après-midi : température 38°5 ; pouls petit, à 160 ; tout l'abdomen ballonné est douloureux à la pression ; la fosse iliaque droite est mate. Le jour même, à 4 heures du soir, je draine l'abcès. L'enfant mourut le lendemain avec une péritonite purulente généralisée, constatée à l'autopsie.

OBSERVATION IV

(Broca. — *Bulletin médical*, 28 fév. 1900.)

Un garçon de quatorze ans et demi est pris de malaise, de perte d'appétit, le 3 décembre 1898 ; le lendemain, apparaissent des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, avec coliques et diarrhée légère.

5 décembre. — L'enfant prend le lit, ressentant des douleurs presque continuelles, et reste dans cet état, avec douleurs, constipation, mais sans vomissements, jusqu'au 9 ; à

cette date, deux vomissements noirâtres, et alors on l'amène à l'hôpital.

Là, je constate que le ventre, partout douloureux, est météorisé au point de rendre la palpation complètement impossible. Mais je me rends compte qu'il n'y a ni empâtement ni résistance spéciale, ni douleur particulière, ni différence de sonorité dans la fosse iliaque droite, et s'il y avait quelque part un léger degré de ces signes, c'était au-dessus de l'arcade crurale gauche; rien d'appréciable au toucher rectal, le météorisme mettant d'ailleurs obstacle, je le répète, à la palpation bi-manuelle. Je diagnostiquai une appendicite, mais sans pouvoir déterminer s'il y avait un abcès et, s'il y en avait un, par où l'aborder. Il n'y avait rien à droite, bien peu à gauche; et pour les appendicites à chaud, quand rien ne tend à bomber et à adhérer dans cette direction, la laparotomie exploratrice médiane, atteignant le foyer à travers la grande séreuse non adhérente, donne des résultats déplorables. Le pouls était aux environs de 100, plein, régulier, et résistant, la température à 37°8. Malgré cela, en raison du météorisme et de la douleur, je conclus à un abcès en formation et je me tins prêt à agir dès que je saurais par où entrer dans le ventre. C'est ce qui eut lieu le lendemain. La température était tombée à 37°2, le pouls était resté à 108, toujours bon, mais il y avait eu, pendant la nuit, des vomissements porracés; et si la fosse iliaque droite était toujours libre, à gauche il y avait certainement, assez près de la ligne médiane, de la submatité à la chiquenaude. J'incisai donc sur le bord externe du grand droit, à gauche, et je donnai issue à une grande quantité de liquide très fétide, d'abord seulement

louche, puis franchement purulent; je mis deux gros drains qui s'enfoncèrent loin, en bas et en arrière.

Après l'opération, sauf une élévation à 38°2 et le 12 décembre au soir, la température resta entre 37°2 et 37°6, mais, quoique le pouls fût bon, je ne fus jamais rassuré. L'abdomen n'était plus météorisé, la douleur avait disparu et la palpation, redevenue possible, ne me révélait rien, même associée au toucher rectal; mais l'enfant restait agité, avec un facies terreux, et tous les matins je cherchai avec soin si aucun signe localisé ne démontrait l'existence d'un nouvel abcès. Ce soupçon était exact, comme la suite le prouva, mais mes explorations restèrent infructueuses. Enfin, le 19 décembre, dans la journée, se déclarèrent les symptômes évidents d'une péritonite suraiguë: agitation, respiration entrecoupée, yeux excavés, nez pincé, pouls misérable et irrégulier, et la mort survint à 10 heures du soir. A l'autopsie, la poche que j'avais drainée apparut à peu près sèche, mais dans le haut du petit bassin, il y en avait une autre, où l'appendice, entièrement amputé, nageait avec un gros calcul stercoral; et de là était partie une péritonite suppurée, à foyers multiples, dont un gros sous le foie et plusieurs petits entre des anses agglutinées d'intestin grêle.

OBSERVATION V

(Broca. — *Bulletin médical*, 28 fév. 1898.)

Ici la mort a été due à un retard qui dépend en partie de moi. Il s'agit d'un garçon malade depuis quinze jours, purgé

et repurgé, sur lequel, en ville, M. Comby, appelé en consultation, n'avait pas cru devoir admettre l'appendicite, malgré l'avis, tardif d'ailleurs, du médecin de la famille : et lorsque, en présence d'accidents graves de péritonite, l'enfant fut apporté à l'hôpital, je me trouvai fort embarrassé. L'histoire du début manquait, en effet, de netteté, et, d'autre part, le ventre était uniformément ballonné, sonore et douloureux; pas d'empatement pelvien au toucher; le poulx n'était pas trop mauvais, quoique très fréquent, et je restai dans le doute les 14 et 15 décembre; enfin, le 16, comme la mort à brève échéance me paraissait inévitable, et comme la défense musculaire était un peu plus accentuée à droite de l'abdomen, j'incisai dans la fosse iliaque et trouvai du pus. L'opéré succomba le 18 décembre et il est incontestable que j'ai eu tort d'attendre quarante-huit heures de plus; il est presque certain que, le jour de l'entrée, la péritonite était déjà diffuse et que sur quinze jours de retard, je dois en prendre deux à mon passif, alors que les symptômes indiquaient, en cas d'appendicite, une opération sans doute désespérée, mais urgente. Par la pression, la percussion, la palpation, je ne trouvais, il est vrai, aucun foyer; mais j'aurais dû partir de ce principe que dans le sexe masculin, toute péritonite, abstraction faite de la rare péritonite à pneumocoques, relève d'une appendicite et exige la laparotomie, également indiquée pour la péritonite à pneumocoques.

Avant d'envoyer ces quatre malades au chirurgien on avait épuisé les ressources (?) du traitement

médical, et M. Broca a opéré des mourants. Que pouvait-il faire pour les sauver ?

Citons encore trois observations extraites de la clinique du professeur Dieulafoy sur les « accalmies traîtresses de l'appendicite » (1).

OBSERVATION VI

(Dieulafoy. — *Presse médicale*, 8 février 1899.)

Le jeudi, 8 avril, dans l'après-midi, entrait dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 1, un jeune garçon de seize ans, atteint de vives douleurs abdominales, plus accentuées à la fosse iliaque droite que partout ailleurs, et irradiant en d'autres régions, à l'hypogastre, à l'ombilic, à la fosse iliaque gauche. Ces douleurs étaient apparues pour la première fois le lundi, d'abord supportables, puis très vives et accompagnées de vomissements bilieux. Le lendemain matin mardi, les douleurs s'apaisèrent, et une purgation détermina une diarrhée qui persistait encore lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Les journées du mardi et du mercredi se passèrent sans autres incidents, et le malade se décida tardivement à venir à l'Hôtel-Dieu. A l'arrivée de cet homme dans mon service, le mercredi soir, rien ne pouvait faire supposer la gravité de son état ; sa physionomie était bonne, le pouls à 70 ; la fièvre était légère puisque la température ne dépassait pas 38°2. Le malade, assis sur son lit, se servant lui-même, exécutant sans peine tous les mouvements,

parlait de ses douleurs abdominales sans en être autrement inquiet ; ce n'était certes pas là le tableau d'une péritonite aiguë. Toutefois, le ventre était assez ballonné ; la pression déterminait une douleur vive au point de Mac Burney ; la défense musculaire était si accentuée qu'elle rendait difficile l'exploration et ne laissait constater qu'un empatement diffus.

Quand je vis le malade, le lendemain matin, l'*accalmie* était absolue, la nuit avait été bonne, la température était complète ; le pouls était à 60 ; rien sur la figure de cet homme ne trahissait le masque péritonéal ; il n'y avait ni vomissements ni hoquet ; ajoutez à cela que les garde-robes avaient continué jusqu'à la veille, et vous conviendrez, avec moi, qu'il était difficile d'admettre *a priori*, que chez cet homme, l'appendicite, qui n'était point douteuse, eût abouti à une péritonite aiguë généralisée. Je trouvai le ventre modérément distendu, les douleurs existaient un peu partout, surtout à la fosse iliaque droite, siège de défense musculaire et de matité diffuse. Bien que tous ces symptômes ne fussent pas l'indice, il s'en faut, d'une situation périlleuse, cette accalmie me parut suspecte, je demandai que l'opération fût pratiquée séance tenante, et elle le fut en effet par M. Cazin. On était, à ce moment, au quatrième jour de la maladie.

L'opération démontra l'existence d'une appendicite et d'une péritonite purulente. Les manœuvres opératoires faites avec prudence, avant et après l'ablation de l'appendice, firent supposer que la péritonite était cantonnée à la fosse iliaque et ne s'était pas encore diffusée. Et cependant, il existait en outre plusieurs autres foyers péritonéaux que

l'on trouva à l'autopsie, le malade ayant succombé quatorze heures après l'opération. Un de ces foyers était situé à la région sous-hépatique, l'autre à la fosse iliaque gauche ; c'était un type de péritonite généralisée à foyers multiples, bien étudiée par M. Nélaton. Le colibacille était l'agent pathogène de cette péritonite appendiculaire. L'appendice, examiné aussitôt après son ablation, était oblitéré vers sa base ; c'était une appendicite oblitérante due à la tuméfaction des parois ; le canal appendiculaire, dilaté en cavité close dans son tiers inférieur, offrait à son extrémité une petite perforation ; il n'y avait point de calcul.

OBSERVATION VII

Il y a quelques mois, je voyais avec M. Segond, un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait été atteint trois jours avant des premiers symptômes de son appendicite : fièvre, douleurs très vives et vomissements. On avait appliqué des sachets de glace sur le ventre et on avait pratiqué des piqûres de morphine à dose élevée.

A la phase aiguë et violente des premiers jours succéda une phase de détente et d'accalmie. Quand nous examinâmes le malade, la défervescence était complète, ce jeune homme se considérait comme guéri ; la température était à 37°3, les vomissements avaient complètement cessé, le ventre n'était plus douloureux, il fallait même une assez forte pression pour réveiller le point de Mac Burney. A s'en tenir à ces symptômes, on pouvait croire à une amélioration

réelle et définitive, mais le pouls restait très accéléré, le ventre était uniformément dur et légèrement météorisé ; la péritonite se cachait sous les apparences d'une accalmie, car M. Segond se trouva en face d'une appendicite avec péritonite tellement généralisée qu'il porta un diagnostic des plus graves. Heureusement le malade guérit.

OBSERVATION VIII

Il y a quelques mois, un mercredi matin, à 9 h. 1/2, arrive dans mon service un jeune garçon de vingt ans qui était venu à pied à l'Hôtel-Dieu pour nous consulter au sujet de douleurs abdominales qu'il avait éprouvées les jours précédents. Je fais coucher le malade et je l'examine. Il nous raconte que ses douleurs de ventre ont débuté quatre jours avant, dans la matinée du dimanche, pas encore bien vives, *puisqu'il a pu se lever, travailler, déjeuner et dîner comme d'habitude.* Mais, vers le soir, il s'est senti fort malade, il a été pris de fièvre, de vomissements et de très fortes douleurs qui ont persisté toute la nuit. Le lendemain lundi, la situation ne s'était pas modifiée ; un médecin prescrit une potion calmante qui est vomie, et bientôt après apparaît une forte diarrhée. C'est le mardi matin, troisième jour de la maladie, que la détente se fait ; les douleurs et les vomissements cessent, le malade se considère comme guéri, néanmoins conservant encore un endolorissement abdominal, il vient à l'Hôtel-Dieu nous demander conseil. Je constate une accalmie de l'appendicite et je fais opérer le malade le matin même. L'opération prouva

qu'il s'agissait en effet d'une détente trompeuse, d'une accalmie traîtresse, car l'appendice était sphacélé et baignait dans une collection purulente diffuse.

Certes, les temporisateurs seraient seuls dans le vrai contre les partisans exclusifs de l'opium ou du bistouri si nous ne savions pas tout pronostic impossible. Et Talamon disait :

« Il y a habituellement dans l'appendicite deux périodes bien distinctes : la période préparatoire qui précède la perforation — période de coliques appendiculaires — et la période péritonitique qui suit la rupture de l'appendice. » Ajoutant : « Dans l'appendicite comme dans l'ulcère simple de l'estomac, la perforation est une menace permanente (1). »

Alors, de deux choses l'une : ou bien le temporisateur assistera en simple témoin à une guérison spontanée, ou bien l'appendice se perforera, infectant le péritoine et rendant illusoire le bénéfice d'une opération.

Il y a cependant des cas où la perforation ne se produit pas. Mais alors la péritonite peut survenir quand même, par migration des colibacilles à travers la paroi de l'appendice, dans les canaux lymphatiques et [cette complication extrêmement grave peut n'être révélée par aucun nouveau symptôme,

1. Talamon, *Appendicite et pérityphlite*, 1892.

comme dans les trois dernières observations du P^r Dieulafoy.

En un mot : l'inflammation est-elle limitée à l'appendice ? L'empâtement cache-t-il du pus ? Y aura-t-il perforation, et si celle-ci survient les adhérences seront-elles assez solides pour limiter l'infection ? Toutes questions auxquelles nul ne peut répondre, et qui condamnent la méthode de l'expectation armée.

Opération à froid

Tous les partisans de l'expectation armée n'ont pas, en temporisant, le secret désir d'éviter une intervention chirurgicale ; quelques-uns n'attendent que pour mieux choisir leur heure, pour n'opérer qu'avec le maximum de chances de succès. Ils tâchent, « par l'emploi judicieux de la glace et de l'opium, de faire refroidir la lésion pour aboutir un peu plus tard à une opération réglée, efficace et bénigne » (1).

Nous avons vu ce qu'il fallait penser, à notre avis, du traitement par la glace et l'opium ; d'autre part, en quoi consiste une appendicite refroidie ? Le pus est moins abondant, sa virulence est considérablement atténuée, mais la cohésion des adhérences est telle qu'elle expose le chirurgien à des délabre-

1. Broca, *Bulletin médical*, 28 février 1900.

ments infructueux et même funestes. D'autre part, pendant qu'on laissait l'appendicite se « refroidir », il a pu se faire des suppurations iliaques ou à distance des péritonites localisées ou diffuses, accidents qui présentent toujours la plus haute gravité.

Broca intervient dans deux cas à plusieurs semaines de la crise croyant trouver un foyer refroidi et un appendice mobile, mais il découvre du pus, et des adhérences telles qu'elles entraînent plusieurs déchirures du cæcum. Résultat : deux morts (1).

Dans un cas de Révillot, l'exploration offrit des difficultés telles que l'auteur dut abandonner l'appendice non réséqué.

Quénu, en décollant des anses adhérentes, déchire deux fois les anses grêles et une fois le cæcum.

On a vu le décollement de l'appendice entraîner la déchirure de l'iliaque externe.

OBSERVATION PERSONNELLE

Pour notre part, nous pouvons rapporter l'observation intéressante d'un enfant entré le 2 mars dernier à l'hôpital, un mois après une crise d'appendicite ; depuis trois semaines la température et le pouls étaient normaux, la palpation ne dévoilait rien de suspect et l'appendicite semblait bien « refroidie ». On l'opère le 4. On tombe sur des adhérences,

1. Broca, *Bulletin médical*, 28 février 1900.

sur des clapiers purulents, et, après de patientes recherches l'appendice est découvert et réséqué. Le lendemain, 5 mars, vomissements, facies péritonéal.

6 mars. — Mort par péritonite.

Beaucoup d'autres faits de ce genre ont été publiés, mais combien plus nombreux sont ceux qu'on a volontairement passés sous silence, le chirurgien se résignant toujours d'assez mauvaise grâce à de telles confessions !

Opération à chaud après diagnostic certain

Puisqu'on s'y prend souvent trop tard en opérant à froid, beaucoup de cliniciens ont pensé que la seule méthode rationnelle était l'intervention pratiquée dès qu'on était en présence d'une appendicite franchement déclarée. Mais qu'arrive-t-il alors ?

Deux cas peuvent se présenter :

1^o Une appendicite qu'on soupçonnait fortement depuis deux ou trois jours s'affirme nettement par un tableau symptomatique complet : point de Mac Burney, hyperesthésie cutanée, plastron, constipation, vomissements, température, pouls. On appelle en toute hâte un chirurgien qui, s'il consent à opérer, découvre un pus abondant, des fausses membranes agglutinant les masses intestinales, métamorphosant l'anatomie de la région ; privé des points de repère

indispensables, il doit le plus souvent se borner à une simple incision suivie de drainage s'il ne veut courir le risque d'infecter le péritoine tout entier.

Avec sa probité coutumière, Broca (1) rapporte l'observation d'un cas semblable où il ne voulut opérer qu'après être passé d'un diagnostic chancelant à une certitude absolue, mais malheureusement tardive.

2° Les symptômes peuvent être faussés par une autre affection concomitante (colique hépatique, saturnisme, fièvre typhoïde, embarras gastrique, surtout chez l'enfant). On hésite, on demande l'avis d'un confrère, et, quand on se décide à opérer, il est presque toujours trop tard.

*Ablation de l'appendice dès les premiers
symptômes d'appendicite*

Tous ces graves accidents, imputables pour une grande part à des méthodes trop prudentes, trop timides, ont déterminé la plupart des cliniciens et des chirurgiens à des décisions plus énergiques : ils préconisent l'opération dès l'apparition des premiers symptômes.

Au XVI Congrès international de Médecine de Budapest (2), au XXXIX^e Congrès de la Société

1. Broca, *Bulletin médical*, 28 février 1900.

2. 29 août-4 sept. 1909.

allemande de Chirurgie (Berlin, 30 mars-2 avril 1910) tous les partisans de cette méthode en ont nettement posé les indications et hautement revendiqué les droits. Ce sont :

Pour la France: les professeurs Dieulafoy, Segond, Pinard, Kirmisson, Reclus ; les Dr^s Tuffier, Potherat, Pozzi, Poirier, Michaux, Walther, Hartmann, etc. ;

Pour l'Allemagne: Sonnenburg, Kümmel, Kocher, Ringel, Küttner, Ginckel, Sprengel, Fritz Kœnig ;

Fabricius, de Vienne ; Murphy, de Chicago ; Roux, de Lausanne.

La simple énumération de ces noms est déjà un gros argument en faveur de la méthode. Et leur nombre, nous en sommes certain, ira vite en croissant. Nous allons voir pourquoi.

Si le chirurgien tombe dans des clapiers purulents au cours d'une intervention à chaud, le tableau est tout différent trente-six heures après le début d'une crise. Dans ce délai, Rotter n'a jamais trouvé de pus dans le péritoine. Les coupes pratiquées sur des appendices enlevés montraient des abcès sous-muqueux, intra-pariétaux ou sous-séreux. La fosse iliaque ne renfermait qu'un peu de liquide séreux, louche: les anses intestinales étaient rouges, à peine visqueuses, se laissant décoller avec la plus grande facilité.

« Les lésions que j'ai rencontrées, dit Walther (1),

1. *Journal de Médecine interne*, 30 septembre 1909.

sont toujours les mêmes : péritoine d'aspect absolument normal : appendice d'aspect extérieur normal, à peine quelquefois vasculaire. L'appendice est tordu ou coudé. Dans deux cas, à travers ce péritoine absolument sain et transparent, j'ai pu voir sous forme de traînées d'un noir d'encre les veines thrombosées du méso ; l'appendice incisé contient le plus souvent un long caillot de sang noir ou une bouillie noire d'odeur de sphacèle très accentuée avec une gangrène superficielle de la muqueuse et souvent une ou plusieurs ulcérations. »

Demandons-nous en passant ce qui serait arrivé si l'opération, dans ces deux cas en question, avait été faite deux ou trois jours plus tard ? Car c'étaient là, à n'en pas douter, deux formes graves, si difficiles à dépister en clinique, et s'accompagnant de péritonite généralisée. L'opération précoce fait rentrer ces formes dans le domaine de la chirurgie et leur assure les mêmes garanties qu'aux formes légères.

Citons à ce propos une intéressante *observation*. Tavel, de Berne, voit venir à sa consultation un homme fatigué par une longue excursion dans la montagne, qui se plaint depuis quelques heures d'une violente douleur dans le flanc droit. Il l'examine et pense à une appendicite grave. Quoique la température soit normale, une intervention immédiate est proposée et acceptée. L'appendicite était

gangréné : il fut réséqué, et quelques jours plus tard le malade partait guéri.

Segond, ayant perdu une malade pour avoir temporisé, intervient précocement dans trois nouveaux cas et a la satisfaction de sauver ses trois malades malgré la gravité de leurs lésions.

D'autre part, rien n'est plus simple que d'enlever un appendice non adhérent et de coloration à peu près normale ; l'opération se déroule rapidement, méthodiquement, ne manque jamais son but. Et alors Senn a raison de dire : « l'appendicectomie est l'opération la plus simple et la plus bénigne de la chirurgie abdominale. »

Simplicité, efficacité, certitude d'éviter les complications si fréquentes avec les autres méthodes, voilà les trois gros avantages de l'intervention précoce.

Il ne faut donc pas s'étonner de la faveur dont elle jouit actuellement, faveur bien méritée si l'on veut bien jeter les yeux sur les statistiques empruntées à ses partisans dans ces dernières années.

Voici ces statistiques (1) :

Rotter, sur 185 cas opérés dans les 48 heures a eu 6 morts, soit une mortalité de 3,2 o/o.

1. *Presse médicale*, 25 septembre 1909, p. 676. Réunion libre des Chirurgiens de Berlin, 12 décembre 1904. Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 26 avril 1905.

Israël sur	48 cas, a eu 1 mort, soit une mortalité de 2 o/o			
Sonnenbürg	210	—	13	6
Rose	46	—	3	6
Korte	180	—	0	0
Kümmel	80	—	3	3,7
Hop. d'Ep-				
pendorf	117	—	2	1,7
Walther	17	—	0	0
Segond	3	—	0	0
Tuffier	9	—	0	0

Soit un total de 895 cas, avec 28 morts, soit une mortalité de 3,1 o/o.

Si l'on compare ces résultats à ceux qu'obtenaient les mêmes auteurs par les méthodes précédentes, on a :

Intervention à chaud, mortalité de 27 o/o

—	précoce	—	3,1
—	à froid	—	1

Mais il faut savoir que cette dernière est entachée d'erreur, *puisqu'elle ne tient pas compte des formes graves*, et que le nombre de ces formes est d'environ 10 o/o, d'après Rotter.

Après la lecture de ces statistiques, il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'insister. Cependant, les adversaires de la méthode ne les admettent pas intégralement, et font une objection qui peut paraître

grave : 10 o/o des appendices enlevés précocement sont sains, disent-ils. Et c'est vrai ! Mais quoi ? Ne retrouverons-nous pas la même proportion pour les appendices opérés « à froid » ? Et ne savons-nous pas *a priori* qu'une crise dénommée « appendicite » au bout de quarante-huit heures a bien des chances d'être étiquetée de même après quelques semaines ? Alors, à tout prendre, l'exécution immédiate nous semble préférable à une temporisation qui peut réserver de cruelles surprises.

Et voici qu'en dernière analyse la seule objection que l'on puisse faire aux partisans de l'intervention précoce est le risque qu'ils courent parfois d'opérer des appendices sains. Nous avons vu qu'en somme ces cas étaient rares. Et, en outre, n'est-il pas indifférent, après tout, de causer un bien léger dommage à quelques-uns, si la méthode rigoureuse qui pousse à ce faire est le salut du plus grand nombre ?

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est une affection si fréquente, si grave, elle réserve tant de cruelles surprises, qu'il est du devoir de tout médecin d'en chercher le remède le plus efficace et le plus rapide.

Beaucoup de traitements en effet ont été proposés et employés, diversité de méthodes que justifie surtout la diversité des allures cliniques de l'appendicite.

II. — Nous avons essayé de démontrer tout d'abord que cette confusion des symptômes était plus apparente que réelle, et que, dès le début même d'une appendicite, il était toujours possible de découvrir une triade de signes caractéristiques :

Douleur au point de Mac Burney ;

Hyperesthésie cutanée ;

Défense musculaire.

III. — La coexistence de ces trois symptômes suffit à distinguer une appendicite d'une typhlo-colite, d'une colique néphrétique, hépatique ou saturnine, de l'occlusion intestinale, de l'embarras gastrique infantile, de la salpingite chez la femme.

IV. — Dès lors, puisque nous pouvons au bout de quelques heures, vingt-quatre, quarante-huit au plus, nous faire une conviction, pourquoi nous attarder dans les lenteurs inefficaces d'un :

a) Traitement médical, impuissant devant les formes graves, nuisible à toutes les appendicites dont il masque et fausse les symptômes ?

b) Pourquoi, partisans de l'expectation armée, établirions-nous un pronostic et prendrions-nous une décision d'après l'évolution de symptômes que nous savons être rarement en rapport avec la gravité de l'appendicite ?

c) Laisserons-nous l'appendicite « se refroidir » ? Mais comment savoir qu'elle est vraiment refroidie ? Et, si le chirurgien parvient à décider à l'opération un malade qui se croit guéri, à quels risques et à quels difficultés s'expose-t-il alors en ouvrant un péritoine plein d'embûches ?

d) Si, moins timorés, nous nous décidons à opérer aussitôt après diagnostic certain, nous ferons souvent une opération incomplète, nécessitant une intervention ultérieure ; mortalité considérable, record des éventrations et des fistules.

e) Il nous faudra donc nous résigner à avoir assez d'audace pour enlever un appendice avant qu'il n'ait eu le temps de commettre ses nombreux méfaits. Nous assurerons ainsi au malade une guérison immédiate, le mettant à l'abri des rechutes et des compli-

cations; presque jamais d'éventrations. L'opération précoce s'attaque à toutes les formes avec des chances égales de succès; elle est toujours facile, rapide et méthodique. A tous ces titres, elle a, pour entrer dans le cadre de la chirurgie d'urgence, les mêmes droits que l'étranglement herniaire, l'occlusion intestinale et la rupture tubaire.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DUPLAY. — *Arch.gén. de Méd.*, 1876.
- FITZ (R.). — *American Journ. of med. Sciences*, 1886 et *Boston med. and Surg. Journal*, 1888.
- TUFFIER. — *Arch. gén. de Médecine*, 1887.
- TALAMON. — *Typhlite aiguë perforante Bull. de la Soc.anat. et Progrès méd.*, 1882). *Appendicite et Typhlite (Méd. mod.*, 1890). *Colique appendiculaire (Ibid.*, 1890).
- ROUX. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890.
- MAURIN. — Thèse de Paris, 1890.
- RICARD. — *Gaz. des Hôp.*, 1881.
- GALLIARD (L.). — Art. Appendicite, in *Traité de Brouardel, Gilbert et Girode*, t. IV.
- DIEULAFOY. — *Manuel de Pathol. int.*, 11^e édition, t. III et IV.
— Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 3 volumes.
- JALAGUIER. — Art. Appendicite, in *Traité de Reclus*, 2^e édition, t. VI.
- GUINARD (Aimé). — Art. Appenicite *Traité*, in *de Delbet et Le Dentu*, t. VII.
- GALLIARD (L.). — Art. Appendicite, in *Traité de Charcot, Bouchard, Brissaud*, t. IV.
- LEGUEU. — *De l'Appendicite*.
- RICARD. — *Gaz. des Hôpît.*, 1891.

COMBY. — Art. Appendicite, *Traité des Maladies de l'Enfance*.

TALAMON. — *Appendicite et Pérityphlite*, 1892.

DIEULAFOY. — *Presse méd.*, 3 février 1899.

— *Presse méd.*, 1^{er} mars 1899.

LAPORTE. — Thèse de Paris, 1899.

LARGER. — Congrès de Clinique. Paris, 16 au 21 oct. 1899.

BROCA. — *Bull. méd.*, 28 février 1900.

BAUBY. — Thèse de Paris, 1900.

ASKANAZY. — *Zür statistik der Frühoperation bei Peritiphilitis*
(*Deutsche Ärzte. Ztg.* Berlin, 1905, 266-268).

BAILLET. — *Gaz. de Gynéc.* Paris, 1906, XXI, 1-8.

GUNKEL. — *Zür frühoperation bei Epityphlitis* (*München. med.*
Wochenchr., 1906, 157-159).

BÉRARD. — *Appendicite calculeuse; perforation; appendicectomie*
quatre heures après le début des accidents; guérison
(*Lyon méd.*, 1907, 226-229).

MOSZKOWICKZ. — *Die frühdiagnose de Perityphlitis* (*Wien. med.*
Wochenschr., 1907).

Presse méd., 25 sept. 1909. — *Réunion libre des Chirurgiens*
de Berlin, 12 déc. 1904. — Congrès de la Soc. aH. de
Chirurgie, 26 avril 1905.

Presse méd. — Congrès internat. de Méd. Budapest, 4 sept.
1909.

SEGOND. — *Journ. de Méd. int.*, 10 sept. 1909.

WALTHER. — *Journ. de Méd. int.*, 30 sept. 1909.

BOUVIER (J.). — *Union médicale du Nord-Est*, mars 1910.



